

Ueber die Behandlung des Lupus vulg. mit besond. Berücksichtigung der Thiersch'- schen Transplantationsmethode.¹⁾

Von

Dr. **J. Fabry** in Dortmund.

Die folgenden Zeilen sollen eine Fortsetzung sein des in der Festschrift des Arnsberger Vereins veröffentlichten Aufsatzes über die tuberculösen Erkrankungen der Haut.²⁾ Dort konnte die Behandlung nur kurz gestreift werden und wurde in erster Linie Werth darauf gelegt, an der Hand eigenen Beobachtungsmaterials die Hauptformen der Hauttuberculose zu besprechen, deren strenge Scheidung vorwiegend durch die Arbeiten von Friedländer, Koch, Doutrelepont, Leloir, Chiari, Riehl, Lang u. A. nicht mehr anzufechtende That- sachen geworden sind.

Ein Blick in die modernen Lehrbücher lehrt uns denn auch, dass die Trennung der Hauttuberculose in die drei wesentlichsten Repräsentanten: Lupus, Scrofuloderma und Tuberculose der Haut im engeren Sinne resp. tuberculöses Geschwür heute allgemein anerkannt ist als eine in dem pathologisch-anatomischen wie klinischen Befund hinreichend sich begründende wissenschaftliche Wahrheit.

¹⁾ Nach einem im Verein der Aerzte des Regierungsbezirks Arnsberg gehaltenen Vortrage.

²⁾ Fabry. Ueber die tuberculösen Affectionen der Haut. Festschr. des ärztl. Vereines des Reg.-Bez. Arnsberg. 1893.

Auch hier hat sich einmal wieder das gezeigt, was in allen Zweigen der Wissenschaft Erfahrung ist, dass anerkannte Wahrheiten jedem so einfach und plausibel erscheinen, dass man schon kurze Zeit nachher nicht mehr verstehen kann, wie die Ansichten hierüber so sehr getheilt waren; und doch sollte noch vor nicht vielen Jahren der Lupus überhaupt kein Anrecht darauf haben, als Tuberculose der Haut mitgezählt zu werden.

In meiner bereits citirten Arbeit war die Literatur über die Tuberculose der Haut im Allgemeinen und den Lupus im Speciellen zusammengestellt vom Jahre 1869 bis zum Jahre 1889 (es lag ursprünglich in unserer Absicht, in dieser Publication die Literatur bis zum Jahre 1895 nachzutragen, jedoch fanden wir diese schön übersichtlich zusammengestellt bei von Winiwarter, chirurgische Erkrankungen der Haut und des Zellgewebes, ferner bei Leloir, *Traité pratique, theorique et therapeutique de la Scrofulotuberculose*. Paris 1892); diesen Zeitraum muss ja auch derjenige eingehender würdigen, der es unternimmt, über Lupusbehandlung zu schreiben.

Zuvor sei nun ein kleiner Excurs gestattet in frühere Zeiten; dieser kann natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen; dazu stehen mir weder Zeit noch Mittel zur Verfügung.

Es ist ja bekannt, dass die Bezeichnung Lupus von Willan und Bateman herrührt; die Erkrankung ist natürlich viel älter; erwähnt doch schon Hippokrates fressende Flechten, ebenso Celsus und die Uebersetzer der arabischen Schriften; aber wer leistet uns Gewähr dafür, dass nicht alle möglichen ulcerösen Processe, seien dieselben Folgen von Lepra, Lues oder Carcinom confundirt wurden?

Bateman (1835) kann kein Arzneimittel nennen, welches von irgend einem wesentlichen Nutzen bei der Heilung gewesen wäre; er führt an Messer und Kaustik, Argentum nitricum, Calomel mit Arsenpulver und Arsen innerlich.

Aehnlich Alibert (1838), der neben einer übergrossen Schaar von internen Mitteln doch die äusseren Mittel bevorzugt; es wird ebenfalls Argentum nitricum empfohlen nach vorheriger Reinigung der Geschwüre. Wenn der Schorf sich abgestossen hat, abermalige Application

¹⁾ Batemann. Prakt. Darstellung der Hautkrankh. 1835.

²⁾ Alibert. Nosologie naturelle ou les malad. du corps humain. 1838.

von Höllenstein und so fort; es ist keine Frage, dass mit Höllensteinbehandlung einzelne Fälle, die von Natur günstig im Verlauf, vielleicht geheilt, viele wohl gebessert wurden. Die Chirurgen empfehlen nach diesem Autor *Linimentum volatile, l'esprit de rosmarin*, er empfiehlt warm die „*Pommade stibiée des Allemands*“ und spricht bei Anwendung dieses Mittels von einem *Exanthème artificiel*, das eine heilwirkende Entzündung verursacht. Endlich werden empfohlen Luftveränderung, Seebäder und Douchen, wohl ut aliquid fiat. Interesse hat immerhin der Hinweis, dass künstlich eine Entzündung durch Anwendung einer Aetzpaste herbeigeführt wird, durch deren Schwinden der krankhafte Process mit beeinflusst wird; es ist das ja das Prinzip der Heilwirkung aller Aetzmittel.

Bei Cazenave und Schedel¹⁾ (1839) finden wir schon eine Eintheilung in oberflächlich zerstörenden Lupus, in tief zerstörenden Lupus und in Lupus mit Hypertrophie, eine Eintheilung, die im Grossen und Ganzen auch heute noch zu Rechte besteht. Zur allgemeinen resp. internen Behandlung wird Kalkwasser, Eisen und Schwefeleisen empfohlen; örtlich wenden dieselben an zur Verheilung nicht exulcirirter Fälle Quecksilber und Jodpräparate. „Sollte dabei ein Erythem oder gar ein Erysipel entstehen, so kann das nur heilsam sein.“ Also auch hier wieder die Idee von der künstlich hervorgerufenen Entzündung, die heilwirkend sein soll. Als Kaustica dienen: Höllenstein, Kalium causticum, Butyrum Antimonii, Arsenikreich des frère Côme, also die allbekannten Aetzmittel; noch bis in unsere Zeit werden manche davon zuweilen von Fuschern als Geheim- und Wundermittel verwendet.

Rayer (1839)²⁾ theilt den Lupus ein in *L. exedens* und *Lupus non exedens*; hier wird der Anwendung des Glüheisens insofern Erwähnung gethan, als gesagt wird, dieselbe sei wieder ausser Gebrauch gekommen; eine so schmerzhaft Behandlung konnte ja auch erst unter Unterstützung der Narcose festen Fuss fassen, wie das ja in den späteren Jahrzehnten und besonders nach Erfindung des Paquelin'schen Benzin Platina-brenners in der That der Fall war. Rayer gibt ein ganz neues Princip der Behandlung; er habe, um den lupösen Process einzudämmen, ringsum Einschnitte gemacht oder kauterisirt, um so eine Narbenbildung herbeizuführen, die der Lupus nicht überschreiten sollte; leider musste Rayer selbst schon einsehen, dass diese Methode der Behandlung jenen gewünschten Erfolg nicht hatte.

Bei Fuchs³⁾ (1840) ist die Eintheilung der Lupusformen folgende:

¹⁾ Cazenave und Schedel. Praktische Darstellung der Hautkrankheiten. 1839.

²⁾ Rayer. Theoretische und praktische Darstellung der Hautkrankheiten. Deutsche Uebersetzung Stammins. 1839.

³⁾ Fuchs. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. 1840.

1. *Lupus exedens* (eine Varietät ist der *L. exedens sine tuberculis*; hier finden wir zuerst die Bezeichnung *Lupusknötchen*).

2. *Lupus excorticans* oder der schuppige Hautwolf, was wohl unserem *Lupus exfoliatus* und *serpiginosus* entsprochen haben mag.

3. *Lupus tumidus*; wir vermuthen hierbei den *Lupus* mit chronisch ödematöser Schwellung.

4. *Lupus exuberans* (*Framboesia* sen *sycosis scrofulosa*; unzweifelhaft der *Lupus papillaris* oder *hypertrophicus*, dessen Bezeichnung als *Framboesia* klinisch gewiss zutreffend ist).

Von diesem Autor werden im Allgemeinen dieselben interna und externa empfohlen; besonders wird der Anwendung der Jodpräparate das Wort geredet: Jodtinctur, Jodsalbe, Jodwasser.

Von späteren sei Anderson¹⁾ (1863) angeführt, der die ev. diagnostische Schwierigkeit zwischen *Lupus* und *Eczema* hervorhebt und darauf aufmerksam macht, dass *Lupus* sehr oft mit Drüsen- und Knochen-scrophulose combinirt ist; man brauchte nur für Scrophulose Tuberculose zu substituieren und würde glauben können, ganz moderne Lehren zu hören. Eine sehr erschöpfende und lehrreiche Darstellung über *Lupus vulgaris* aus der Feder Kaposi's finden wir in dem Handbuch von Hebra und Kaposi;²⁾ hier ist auch die Geschichte eingehend gewürdigt. Dort wird nun im Jahre 1876 der *Lupus* noch definiert „als eine nicht ansteckende und nicht erbliche Krankheit der allgemeinen Decke und der ihr angrenzenden Schleimhautpartien, bei welcher in chronisch sich fortspinnenden Eruptionen stechnadelkopfgrosse, hirsekorn-grosse braunrothe, nicht schmerzhaft, derbe, in das Hautgewebe gleichsam eingesenkte Knötchen erscheinen, die in einem äusserst lentescinirenden Verlaufe bis zu linsen- und erbsengrossen Knoten und grösseren confluirenden Infiltraten sich entwickeln, alsdann aber durch Ulceration oder Involution verschwinden und an ihrer Stelle wirkliche Narben und narbige Atrophie der Haut veranlassen.“ Abgesehen von der Auffassung des *Lupus* als nicht erbliche und nicht infectiöse Erkrankung wird man die meisterhafte Darstellung und Auffassung bis ins kleinste Detail bewundern müssen.

Wir müssen auch heute, ehe wir zum eigentlichen Gegenstande, der Behandlung des *Lupus* übergehen, einige Augenblicke bei der pathologischen Anatomie verweilen und dieselbe kurz vom mikroskopischen und makroskopischen Standpunkt beleuchten, schon in der einfachen Ueberlegung, dass dadurch die Abhandlung der Therapie wesentlich erleichtert wird.

¹⁾ Anderson, A. Practical Treatise upon Eczema, in cluding its Lichenous, Impetiginous, and Pruriginous varitiés. 1863.

²⁾ Hebra und Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. I. Band. 1874. II. Bd. 1876.

Untersuchen wir einen senkrechten Schnitt durch tuberculöse Haut, so finden wir bekanntlich und zwar gewöhnlich in den oberflächlich gelegenen Schichten der Cutis eine Neubildung, die sich auf Kosten respective unter Verdrängung des normalen collagenen und elastischen Gewebes entwickelt hat und diese Neubildung ist uns ein alter, wenn auch nicht gern gesehener Bekannter, nämlich der Tuberkel, den wir bei jeder Form der Tuberculose und in jedem Organ finden, wo sich tuberculöse Erkrankung entwickelt.

„Ein feinstes Gewebe zartester Fasern und darin vertheilt enthalten zahlreiche epithelartige Zellen, das — Plasmom Unnas — und hie und da einzelne Riesenzellen und, wenn wir bei der Untersuchung Glück haben und die nöthigen Vorfärbungen anwenden, einzelne Tuberkelbacillen. Das ist in allgemeinen Zügen gegeben, die pathologisch-anatomische Beschreibung des Tuberkelknötchen; die pathologisch-anatomische Einheit des Tuberkelknötchens ist nicht zu verwechseln mit der höheren klinischen Einheit des Lupusknötchens; in einem mikroskopischen Schnitt durch ein einzelnes Lupusknötchen finden sich immer zahlreiche Tuberkelknötchen oder miliare Tuberkel. Wir mussten der Vollständigkeit halber auch auf diese fundamentalen Sachen eingehen und wollen aus demselben Grunde noch einige Augenblicke bei der Histologie verweilen.

Während nun an inneren Organen, besonders in den Lungen, dem Lieblingssitz des Tuberkelbacillus und des Tuberkels gar schnell der krankhafte Process bis zur Verkäsung Fortschritte macht, scheinen in der Haut die Bedingungen für das unheilvolle Wirken des Bacillus insofern ungünstigere zu sein, als ein Zerfall des Gewebes nicht so leicht wie anderwärts eintritt, leider aber entschädigt sich hier die Krankheit hinreichend durch die Zähigkeit und Hartnäckigkeit, mit der sie sich einnistet und, wenn auch zumeist langsam, so doch mit unfehlbarer Gewissheit fortschreitet und der gesunden Haut immer mehr Terrain abgewinnt. Wer, wie ich hier in Westphalen Gelegenheit hat, sehr oft weit vorgeschrittene und furchtbar entstellende Lupusfälle zusehen — denn in Westphalen im Münsterlande sowohl wie im hiesigen dichtbevölkerten

Industriebezirke ist diese scheussliche Krankheit sehr verbreitet, entschieden häufiger wie in der Rheingegend, dem kommt leicht der Gedanke, dass der Lupus mit seinen Entstellungen und auch Verstümmelungen die Erbschaft der früher in Deutschland so verbreiteten Lepra in gewissem Sinne übernommen hat.

Histologisch ist nun in der Haut der Krankheitsprocess mit dem Auftreten des Tuberkels nicht abgethan, vielmehr involviren diese Veränderungen secundärer Natur in der Epidermis. Wir finden in manchen Fällen den epithelialen wie den bindegewebigen Papillarkörper hypertrophisch, in anderen atrophisch, in anderen hinwiederum eitrige Einschmelzung des Gewebes bis zur Ulceration, eine Folge des früheren Stadiums, der kleinzelligen Infiltration längs den kleinen Capillaren der Cutis und sich fortsetzend bis in's subcutane Gewebe. Oft finden wir alle jene histologischen Details in einem und demselben Präparate respective in Schnitten eines und desselben Falles vereinigt. Wir sind ja gewohnt, den Lupus klinisch zu scheiden in Lupus hypertrophicus, atrophicus sc. exfoliativus und ulcerans und wissen aus Erfahrung, dass in einigermaßen fortgeschrittenen Fällen fast immer alle Formen zusammen vorhanden sind und von der krankhaften Haut abgelesen werden können.

Makroskopisch oder klinisch lässt sich nach den in vivo bei der Operation gewonnenen Befunden der Lupus scheiden in zwei Hauptgruppen, wenn ich so sagen darf, in einen centripetalen und einen centrifugalen Lupus. Mit anderen Worten und an Beispielen illustriert. Aus unbekannten Gründen oder sagen wir durch Impfung — es sind hinreichend Fälle von durch Impfung entstandenem Lupus beschrieben — ist an der äusseren Haut ein aus ganz wenigen winzigen Knötchen zusammengesetzter Lupus entstanden. Lange Zeit bleibt die ursprünglich wenig auffällige Erscheinung auf demselben Standpunkt stehen, bis auf einmal vielleicht erst nach Jahren geschwüriger Zerfall und Tiefergreifen des Processes eintritt, Vergrösserung und Ausdehnung dieses tuberculösen Primäraffectes, Infection der benachbarten Drüsen, endlich Weitergreifen des Processes auf das widerstandsfähigere Bindegewebe, auf Knorpel- und Knochensubstanz.

Das ist das Bild eines centripetalen Lupus und gleich die Nutzenanwendung hierzu. Wären jene primären Knötchen sofort excidirt worden, man hätte dann die Krankheit im Keime erstickt und die weiteren Verheerungen wären nicht entstanden.

Leider macht nur zu oft die Aengstlichkeit der messerscheuen Patienten und die Zaghaftigkeit der Angehörigen unserem therapeutischen Willen einen Strich durch die Rechnung. Nichtsdestoweniger soll die Entfernung mit dem Messer als die *conditio sine qua non* für die Behandlung strenge verlangt werden; nur ja nicht die günstigste und beste Zeit verlieren mit der Anwendung von Aetzpasten, Aetzstiften und Salben. Je bestimmter wir die Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes verlangen, um so öfter wird man doch vernünftigen Rathschlägen Folge leisten.

Und nun umgekehrt zwei Beispiele eines centrifugalen Lupus. Eine Patientin consultirt uns — es handelt sich hier um einen von uns selbst erlebten Fall und ich kann Ihnen heute die Patientin demonstrieren — wegen eines haselnussgrossen fluctuirenden Knotens links am Kinn; sonst ist absolut nichts Krankhaftes nachzuweisen; der kleine Abscess wird entleert; Patientin consultirt uns erst nach Monaten wieder und siehe da, um das primäre Scrofuloderma hat sich ein Lupus disseminatus entwickelt und auch treten schon versprenkelte Knötchen an der Nasenspitze auf. Wir rathen nunmehr auf das energischste zur sofortigen Vornahme einer gründlichen Operation, aber durch die Nachlässigkeit der Patientin vergehen wieder Monate, ohne dass etwas geschehen kann und als nun endlich Patientin wieder kömmt, präsentirt uns dieselbe einen sehr ausgedehnten Lupus der Gesichtshaut, vorwiegend der linken Gesichtshälfte, der der Behandlung recht viele Schwierigkeiten machte, wiederholt operirt wurde und zwar mit Excision und Transplantation und schliesslich doch noch zu einem befriedigenden Heilresultate geführt hat.

In einem anderen Falle unserer Beobachtung will ein Lupus exulcerans der Hand nach mehrfachen gründlichen Ausschabungen und Cauterisationen nicht heilen und wie wir, natürlich in Narcose, genauer zusehen, finden wir, dass an einer

Stelle der tuberculöse Process sich in eines der Fingergelenke fortsetzt und hören bei darauf hin angestelltem Examen, dass das Kind ursprünglich einen geschwollenen Finger — Spina ventosa — hatte, dass derselbe bald aufbrach und dass im Anschluss daran der Lupus der Haut an den Fingern sich entwickelte.

Folgende Krankengeschichte, als Beispiel dafür, dass sich nach einem primären tuberculösen Knochenleiden ein Lupus der Haut entwickelt, halten wir gleichfalls einer ausführlicheren Mittheilung werth.

Es handelt sich um den 45 Jahre alten Maschinisten Heinrich Grote aus Lasphe bei Iserlohn.

Nach der Anamnese erkrankte Patient in seinem 18. Lebensjahre mit Schmerzen oberhalb der rechten Kniegegend und mit Schüttelfrost. Andauernd hatte Pat. heftige Schmerzen im Knie, etwa $\frac{1}{2}$ Jahr lang; dann bildete sich die Krankheit wieder zurück, bis nach einem Jahre plötzlich neue Schmerzen auftraten und bald oberhalb des Knies Eiter durchbrach. Dieser Abscess heilte mit einer Fistel, die mehrmals geheilt gewesen sein soll, aber stets wieder von Neuem aufbrach und die also Patient fast ununterbrochen annähernd 20 Jahre mit sich herumtrug, ohne dass dieselbe geheilt wäre.

Vor sieben Jahren nun bekam Patient — an der äusseren Haut waren bis dahin krankhafte Veränderungen noch nicht bemerkt worden — am rechten Unterschenkel ein Geschwür („Beule“), das incidirt wurde, aber nicht heilen wollte; im Gegentheil entwickelte sich im Anschluss daran eine Erkrankung der Haut des ganzen Unterschenkels. Seit 6 Wochen fängt auch am linken Unterschenkel ein Exanthem an sich zu entwickeln. Wir glauben nicht zu irren, wenn wir nach der Erzählung des Patienten annehmen, dass der rechte Unterschenkel im Anschluss an den Abscess im ersten Stadium ganz ähnlich erkrankt ist.

Der objective Befund war nun bei der Aufnahme des Patienten am 29./IX. 1895 folgender:

Am linken Unterschenkel im unteren Drittel besteht ein oberflächliches, etwas nässendes Hautekzem. Am rechten Oberschenkel findet sich an der Vorderseite etwa 8 Cm. über dem Knie ein 5 pfennigstückgrosser Defect der Haut, von dem aus man nach oben mit der Sonde in eine tiefe Tasche gelangt.

Der ganze Unterschenkel ist kolossal elephantiastisch verdickt, mit einem $\frac{1}{2}$ Cm. dicken Schuppenbelag bedeckt, also eine auffallend starke Epidermisabschuppung; nach Entfernung dieser Schuppen tritt eine nässende excoriirte Hautfläche zu Tage und darunter mächtige hypertrophische respective papillöse Excrescenzen. In der Mitte des Unterschenkels ein grosses Ulcus. Am Rande finden wir neben den papillösen Wucherungen typische Lupusknötchen. Patient ist sehr herunter gekommen und schleppt

nur mühsam den schweren klumpigen Fuss nach sich; er ist seit längerer Zeit arbeitsunfähig und in Folge des schauderhaften Geruches, den das schmutzige eiternde Geschwür im Verein mit den zersetzten Epithelschuppen verbreitet sich selbst und anderen sehr zur Last geworden. Deshalb wurde Patient von Sanitätsrath Dr. Becker's dem hiesigen städtischen Krankenhause überwiesen.

Die Diagnose lautete: Tuberculöse Ostitis des rechten Unterschenkels, Lupus hypertrophicus und Elephantiasis des rechten Unterschenkels und Fusses, tuberculöses Ekzem des linken Unterschenkels.

In Narkose wurden die ganzen hypertrophischen Partien in der ganzen Peripherie des Unterschenkels mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, was bei der grossen Ausdehnung des Lupus und bei der relativen Festigkeit des Gewebes eine recht mühsame Arbeit war.

Die heftige Blutung wurde durch Compression gestillt und vor Allem Sorge getragen, die Geschwürsfläche mit Scheere und Pinzette oder mit dem Messer zu säubern und schliesslich konnten wir uns wohl nach langer mühsamer Arbeit sagen, dass wohl alles Lupöse entfernt sein müsste.

Um nun die Elephantiasis in zweiter Linie zu beseitigen, wurden in der ganzen Peripherie mit dem Messer vom Knie bis zu der Fussspitze reichende, tiefe, weit in's subcutane Gewebe reichende Entspannungsschnitte, etwa 30—40 an der Zahl gelegt. Abermals starke, hauptsächlich venöse Blutung. Dann wurde ein Compressionsverband angelegt. Zum Schlusse wurde die Fistel am Oberschenkel breit gespalten, ausgekratzt, kauterisirt und dort ebenfalls eine Jodoformgazetamponade mit Compression angelegt. Das Ekzem am linken Oberschenkel wurde mit starker Argentumnitricumlösung (10%) geätzt und mit Salbe (Borglycerinlanolin) verbunden. Am 4. Tage wurde der erste Verband gewechselt; die elephantiasistische Schwellung hat schon merklich abgenommen in der ganzen Peripherie des Unterschenkels finden sich gereinigte Geschwüre mit zum Theil beginnender guter Granulation; es wurden nun Patienten auf die ganzen lupösen Flächen 5%ige Höllenstein-Umschläge verordnet fast ununterbrochen etwa 4 Wochen lang nach der Operation; nach 6 Wochen sind alle Ulcerationen tadellos geheilt, nirgends eine Spur von Lupusknoten bemerkbar und der Umfang des rechten Beines ist nicht grösser wie der des linken.

Patient musste nichts destoweniger noch weitere 6 Wochen im Krankenhause verbleiben, weil die Fistel am Oberschenkel nicht heilen wollte.

Es wurde deshalb in Narkose die Fistel nochmals breit gespalten, der Knochen des Oberschenkels freigelegt, muldenförmig aufgemeisselt, und ein reichlich bohnergrosser Sequester entfernt; die Fistel communicirte, wie sich nun ergab, mit einem im Knochenmark gelegene tuberculösen Erkrankungsherd. Derselbe wurde mit Hammer und Meissel breit freigelegt, kauterisirt und tamponirt; auch hier erfolgte nun nach weiteren 6 Wochen völlige Heilung und Patient konnte wieder als vollständig arbeitsfähig entlassen werden. Wir hatten auf diese Weise Gelegenheit uns zu über-

zeugen, dass die Heilung des Lupus der Haut des Unterschenkels eine dauernde blieb und dass die Elephantiasis völlig geschwunden war.

Hier haben wir also in extenso wiedergegeben die Krankengeschichte eines Lupus verrucosus oder papillosus, der sich im Anschluss an eine primäre tuberculöse Erkrankung des Oberschenkelknochens entwickelt hat; wir konnten daher Patienten nicht eher als geheilt betrachten, bis auch diese chirurgische Grundursache beseitigt war. Und ähnlich die beiden vorhergehenden Fälle, wo auch die chirurgische Erkrankung die primäre war und daran schloss sich die Erkrankung der Haut.

Meine Ansicht über die nicht so ganz seltene Entwicklung eines Lupus im Anschluss an Scrofuloderma und tuberculöse Knochen- und Gelenkentzündungen, die seinerzeit nicht überall von der Kritik anerkannt wurde, muss ich auch heute noch vollständig aufrecht halten; man muss sich nur eben die Mühe nehmen und die Anamnese genau erheben, dann hört man oft genug, dass bei einem Lupus des Gesichtes oder Armes Drüsenvereiterung das Primäre war und dass im Anschluss an eine Incision oder nach spontanem Durchbruch Lupus in der Nähe und um die Narbe oder Fistel entstand; in anderen Fällen beobachten wir das Auftreten von Lupus in der Knie- oder Ellenbogengelenksgegend und hören, dass vorher Schwellung und eitrige Entzündung des benachbarten Gelenkes vorhanden gewesen ist. Hier handelt es sich also nicht um Muthmassungen, sondern um exacte klinische Beobachtungen; und zugegeben, dass diese Beobachtungen in der Literatur selten mitgetheilt sind; umsomehr lag uns daran, darauf aufmerksam zu machen, was mir Chirurgen immer zugegeben und selbst beobachtet haben, dass der secundär im Anschluss an eine primäre tuberculöse Drüsenvereiterung oder tuberculöse Knochen- und Gelenkentzündung entstehende Lupus eben doch nicht so selten ist. Wohl mag er weniger oft dem Dermatologen wie dem Chirurgen begegnen.

Weiter haben wir klinisch oft beobachtet, dass die schon angedeutete Complication des Lupus mit Bindegewebstubercu-

¹⁾ Fabry, l. c.

lose, mit Tuberculose des Knochen- oder Knorpelgewebes die Ursache ist, weshalb eine Heilung des Lupus der Haut überhaupt nicht eintritt oder doch nicht Stand hält. Man soll daher im einzelnen Fall sich nicht begnügen, die Diagnose Lupus gestellt zu haben, sondern sich auch noch die Unterfrage vorlegen: ist der tuberculöse Process ausser in der Cutis auch in tiefer liegenden Geweben etablirt und müssen wir auch diese Tuberculose beseitigen? Allerdings ist sehr oft die Beantwortung der zweiten Frage erst bei der Operation möglich, wie wir es bei dem folgenden Falle erlebten.

Ein junger Mensch (Fall Hasenkamp) leidet an einem ganz umschriebenen Lupusherd unterhalb des rechten Auges und wurde dieserhalb mehrmals ausgeschabt und kauterisirt; nichtsdestoweniger trat bald ein Recidiv ein; als wir Patienten abermals operierten, bemerkten wir, dass der Jochbeinfortsatz des Oberkiefers erkrankt, vom Periost entblöst und rauh war; es wurde nun das Krankhafte am Knochen mit Hammer und Meissel entfernt und dann gleichzeitig der Lupus behandelt; hier ergab sich erst die richtige Diagnose bei der Operation, während man vorher nichts anderes hatte annehmen können, wie einen Lupus vulgaris exulcerans der Gesichtshaut und derartige Beobachtungen sind häufiger wie man denkt. Nach diesen allgemeinen Expositionen wollen wir nun zum eigentlichen Thema übergehen und uns die Frage zu beantworten suchen, die wir uns vorgelegt haben: Welches ist die zweckmässigste Behandlung des Lupus, d. h. welche Methode ist am besten im Stande, das Krankhafte gründlich zu entfernen und leistet dabei auch in kosmetischer Beziehung am meisten und dabei in kürzester Zeit? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht so einfach, nicht zum geringsten Theil deshalb, weil eine so grosse Zahl von Medicamenten und Methoden angegeben sind, über die der einzelne Praktiker nicht ausreichende Erfahrungen sammeln kann, dann aber ist es gerade bei Lupuskranken schwer, hinsichtlich des Erfolges oder Misserfolges der Therapie über Jahre hinaus Beobachtungen anzustellen, da die Patienten selbst nur zu oft den Arzt und die Methode wechseln. Wir sind daher zum Theil auf das Urtheil anderer Autoren angewiesen, die einzelne Medicamente besonderer Prüfung unter-

zogen, andernteils müssen wir froh sein, doch wenigstens eine geringe Zahl von Beobachtungen bieten zu können, die über eine ganze Reihe von Jahren von uns verfolgt werden konnten.

Sehen wir uns nun die Literatur der Lupusbehandlung etwas genauer an, so müssen wir gestehen, dass bis in die neueste Zeit eine Anzahl von Medicamenten äusserlich anzuwenden, angegeben worden sind, die mit Rücksicht auf den Sitz der tuberculösen Erkrankung einen besonderen Erfolg nicht haben können.

Damit treten wir also ein in die Besprechung der vielfach geübten Methode der chemischen Behandlung. Es ist hier vorher nothwendig, sich zu einigen über das Princip der Behandlung und die Anforderungen, die im Allgemeinen an jede Methode gestellt werden müssen. Wir müssen zunächst streng scheiden, ob irgend eine Medication einen Lupus bessert, an einzelnen Stellen zur Heilung bringt, oder aber ein radicaler Erfolg erzielt wird; jeder wird zugeben müssen, dass damit nicht viel erzielt ist, wenn es gelingt, Lupusstellen, vielleicht exulcerirte oberflächlich zum Heilen zu bringen, während in der Tiefe der Process unberührt bleibt, im Gegentheil leider weiter zerstört. Die Erfahrung lehrt zur Genüge, dass eine solche Besserung nur scheinbar und nicht von Dauer ist.

Es ist zu bekannt und verdient kaum angeführt zu werden, dass einfache Wasserdunstverbände einen exulcerirten Lupus insofern beeinflussen können, dass die Krusten abweichen und durch die einfache Reinigung und Reinhaltung hie und da Vernarbung eintritt.

Setzen wir diesen feuchten Umschlägen irgend ein Desinfectiens in der gewöhnlichen Concentration Carbolsäure, Sublimat, Creolin, Lysol, Borsäure, Argentum nitricum zu, so muss naturgemäss der Erfolg in dieser Richtung ein noch bedeutenderer sein. Hier handelt es sich schon um eine Behandlungsweise, deren wir auch bei fast allen später zu besprechenden Methoden kaum entrathen können, wenigstens als unterstützende Hilfsmittel und wir wollen deshalb hier einen Augenblick verweilen. Bekannt sind die störenden Sublimat- und Carbolekzeme bei der Nachbehandlung des Lupus; wir sahen sie oft genug bei Sublimat 1:4—5000, $\frac{1}{2}\%$ — 1% Carbollösungen; Creolinlösungen

haben nun entschieden den Vorzug, dass bei ihnen derartige Störungen durch arteficielle Ekzeme kaum beobachtet werden; wir ziehen daher Creolin den erstgenannten desinficirenden Mitteln bei weitem vor; kommt es uns aber darauf an, eine tiefergehende Wirkung bei der Nachbehandlung beispielsweise nach einer Ausschabung zu erzielen, so applicirten wir wochenlang täglich mehrmals Höllensteindunstverbände und zwar in Concentrationen von 2%—10% und diese letztere Behandlung bis zur völligen Vernarbung — es sei nochmals hervorgehoben — nur zur Nachbehandlung bei Anwendung anderer Methoden. Insbesondere zu üppige Granulation, bei Lupus eine fast regelmässige Erscheinung, wird so bequem in Schranken gehalten und wir brauchen dann den immerhin sehr schmerzhaften Höllensteinstift in diesen Fällen nicht anzuwenden; die Application der Höllensteinlösungen, auch der concentrirteren verursachen wenig und nur geringe Zeit anhaltenden Schmerz.

Wenn wir nun uns zu den weiteren Mitteln wenden, die angepriesen wurden, durch chemische Einwirkung den Lupus zu beeinflussen und zu heilen, so müssen wir im Hinweis auf unsere vorhergehenden pathologisch-anatomischen Reflexionen ihnen einen besonderen therapeutischen Erfolg deshalb absprechen, weil sie nicht tief genug vordringen zu dem eigentlichen Sitz der Erkrankung. Dies ist auch wohl der wahre Grund, weshalb Anthrarobin, Perubalsam, Hydroxylamin sich in der That in der Praxis nicht eingeführt haben und einführen konnten.

Und was diese Skepsis anlangt, so kann ich auch das viel gerühmte Salicylcreosotpflaster Unna's nicht ganz davon ausschliessen, wenngleich man von manchen Seiten Rühmendes werthes hört. Ich führe hier zwei Fälle an, die mit Salicylcreosotpflaster anderwärts behandelt worden waren.

In dem einen Falle handelte es sich um einen etwa fünfmarkstückgrossen Lupus der rechten Wange, der mit wunderschöner glatter Narbe geheilt war; aber die Narbe war, was uns auffallend war, denn doch sehr roth und wenn man mit dem Finger über die Narbe intensiver herstrich, so konnte man in der Tiefe Knötchen durchschimmern sehen. Es war also nur eine scheinbare Heilung und wird auch wohl das Recidiv nicht ausgeblieben sein. Die Methode der Phaneroskopie (Liebreich, Unna) als diagnostisches Hilfsmittel bei Lupus war damals noch nicht veröffentlicht; es ist heute wohl allgemein anerkannt, dass vermittels derselben

Knötchen entdeckt werden können, die bei noch so grosser praktischer Uebung und Erfahrung mit blossen Auge nicht zu sehen sind.

Der zweite Fall ist augenblicklich im hiesigen Krankenhause in unserer Behandlung; Fräulein Dr. aus Dortmund, 18 Jahre alt. Eine fünfmarkstückgrosse Stelle auf der linken Wange ist tadellos geheilt; dagegen sind im Bereiche zweier annähernd gleich grosser Stellen auf der rechten Wange in der Gegend unter dem Auge und vor dem linken Ohre Recidive eingetreten; und dasselbe ist zu sagen von verschiedenen disseminirten grösseren Flecken an den Armen auf dem Dorsum beider Hände, an den Oberschenkeln, in der Glutaealgegend, vor allem ist fast der ganze linke Vorder- und Oberarm an Streck- und Beugeseite von einem grossen Recidiv im Bereiche weiss glänzender Narben befallen. Es gelang uns an den Armen und Händen verschiedene Stellen zu excidiren und durch primäre Naht zum Verheilen zu bringen. Im Gesicht haben wir excidirt und nach Thiersch transplantirt. Doch davon später, am Vorderarm haben wir einfach tief kauterisirt und mit 10% Höllenstein-Umschlägen behandelt.

Unsere Ansicht über Salicylcreosotpflasterbehandlung ist also die, dass das Mittel wie kaum eines im Stande ist, oberflächliche Lupus-Ulcerationen zum Heilen zu bringen und dass dabei schöne glatte Narben entstehen, aber auch bei Combination des desquamirend wirkenden Salicyl — vergleiche hierüber die Arbeiten Unna's und seiner Schüler — mit dem desinficirenden Creosot, das ja besonders als Specificum gegen Tuberculose gerühmt wird, kommt für den Lupus keine ausreichende Tiefenwirkung zustande und das haben uns die eben mitgetheilten Krankengeschichten zur Evidenz gelehrt.

Selbst die als schärfere reducirende Mittel auch für die Behandlung von Lupus angegebenen Pyrogallus- und Chrysarobinsalben (10%—20%), ferner Höllenstein und Sublimatsalbe (letztere 1% und 2%) wirken nur dann intensiver, wenn eine Ausschabung und Cauterisation vorausgegangen ist.

Unter diesen letztgenannten Mitteln wird von den meisten Autoren Pyrogallussäure am höchsten geschätzt; besonders bei der abwechselnden Behandlung mit einweichenden Sublimatdunstverbänden und dazwischen wiederholter Application von 10% Pyrogalluspflaster sah ich schöne Resultate, die aber leider oft nicht Stand hielten. Nur zu oft war wenige Monate nach der Entlassung ein Recidiv da.

Für Behandlung nach letztgenannter Methode, die bis vor einigen Jahren ja wohl noch sehr viel geübt wurde, steht mir

eine Krankengeschichte mit auffallend günstigem Heilresultat zur Verfügung, die ich jahrelang und heute noch Tag für Tag bezüglich des Erfolges der Behandlung controliren kann, und nur solche Fälle sollte man füglich benutzen, um über den Werth einer Behandlungsmethode ein Urtheil zu fällen.

M., männlich, 50 Jahre alt, aus Dortmund, wurde von mir vor 7 Jahren an Lupus behandelt. Derselbe litt seit seiner frühesten Kindheit an Lupus der rechten Wange, der sich im Laufe der Jahre bis zum Halse, zum unteren Augenlide und über das ganze Ohr hingezogen hatte, zum Theil serpiginös, zum Theil exulcerirt, die ganze Wange bläulich verfärbt und inclusive des Ohres stark intumescirt. Patient leidet seit längerer Zeit an Asthma, ist aber im Uebrigen von blühender Gesundheit. Tuberculöse erbliche Belastung ist vorhanden.

Patient wurde in tiefer Narkose ausgekratzt, dann wurden die hängen bleibenden Gewebsetzen sorgfältig mit Scheere und Pinzette entfernt und nun zum Schlusse mit dem Flach- und Spitzbrenner alle verdächtigen und verfärbten Stellen tief und lang anhaltend ausgebrannt. Die Nachbehandlung geschah mit Sublimatumschlägen (1 : 2000) und abwechselnder Application von 10% Pyrogallus-Salbe in wiederholten dreitägigen Touren. In genau 8 Wochen war der ganze Lupus mit äusserst günstigen kosmetischen Resultate d. h. mit wunderschönen glatten Narben geheilt; nirgendwo Röthungen oder gar Lupusknötchen. So blieb es mehr wie drei Jahre, wo sich inmitten der rechten Wange ein typisches Lupusknötchen zeigte; Patient liess sich aber leider nicht bestimmen, dieses Knötchen wegbrennen zu lassen; so hat sich, wie ich dieser Tage noch constatiren konnte, dort ein kleines Recidiv, etwa zwanzigpfennigstückgross entwickelt, nicht exulcerirt; wäre das erste Knötchen gleich zerstört worden, so wäre das Resultat noch besser gewesen, ja sogar eine vollständige Heilung erzielt worden.

Es ist sehr schwer, dem Patienten die Wichtigkeit einer längeren Beobachtung und Nachbehandlung plausibel zu machen.

Und noch ein nach Volkmann'scher Behandlung behandelter Fall mit ausgezeichnetem Heilresultat und nach jahrelanger Beobachtung möge kurz mitgetheilt werden.

Walter Seeger, 16 Jahre, höherer Schüler, Dortmund, consultirte mich zuerst vor 4 Jahren mit Lupus disseminatus an 2 Stellen des rechten Oberarmes, 1 Stelle unterhalb der linken Claviculargegend — diese Stellen konnten noch excidirt und primär durch die Naht geschlossen werden; dann aber fanden wir am linken Oberarm hauptsächlich aussen, Beuge- und Streckseite gleich stark befallend, einen Lupus serpiginosus et exulcerans und eine complicirende Tuberculose eines triceps Bauches. Wir waren noch fünfmal nach der ersten Operation genöthigt, Patienten an Recidiven zu behandeln zum Theil mit Excision, zum Theil mit Cauterisation und haben seit einem Jahre die Befriedigung, bei dem jungen, kräftigen und

vor allem energischen jungen Manne eine geradezu ideale Heilung erzielt zu haben mit glatter, schöner, weisser und leicht verschieblicher Narbe. Auch ist die Musculatur des erkrankten Armes dank fleissigen Turnübungen eine gute und kräftige geblieben. Doch hiervon genug.

Mir stehen eine ganze Reihe von Beobachtungen zur Verfügung, die hier alle mitzutheilen zu weit führen würde, bei denen ich nach genannter Behandlungsweise sehr zufriedenstellende Resultate erzielte.

Es möge hier der Passus über die Behandlung nach Volkmann, wie wir ihn vor fast 4 Jahren abfassten, kurz wiederholt werden:

„Die erste Operation soll in tiefer Narcose vorgenommen werden, bei sehr ausgedehntem Lupus in mehreren Sitzungen; — wir haben doch in letzter Zeit Sorge getragen, gleich bei der ersten Operation alles Tuberculöse möglichst zu beseitigen — dabei soll man Sorge tragen, mit Scheere und Pinzette die bei der Ausschabung hängenbleibenden Fetzen sauber zu entfernen, möglichst im gesunden, weil gerade vom Rande aus von solchen wieder anheilenden Gewebstheilen, die noch Lupusherde, wenn auch vielleicht mikroskopisch nicht sichtbare, enthalten, die Recidive sich zu entwickeln pflegen. Es folgt, wenn sich der Brandschorf abgestossen hat, Nachbehandlung mit Pyrogallol, Sublimat, Salicyl, Creolin. Treten dann dennoch, wie es bei veraltetem und weit vorgeschrittenem Lupus immer der Fall ist, Recidive ein, so haben wir keinen Augenblick gezaudert, die Patienten in ganz kurzen Zwischenräumen zum II., III. und IV. Male einer eingreifenden und gründlichen Operation in Narkose zu unterziehen. Es gelingt dann zumeist, auch schwere Lupusfälle soweit zu bringen, dass sie durch alle paar Wochen, später noch seltener vorzunehmende Cauterisationen einzelner auftretender Lupusknötchen mit dem Galvanocantor in Schranken gehalten werden, in einer gewissen Anzahl aber auch eine dauernde Heilung zu erzielen. Allerdings scheitert die Durchführung dieser Behandlung nicht selten an dem Widerstande der Patienten, die meist schon lange behandelt, nicht gerade mit besonderem Muth und Vertrauen auf Erfolg zu uns kommen.“ Wir können auch heute nach weiteren Erfahrungen unsere damaligen Auseinandersetzungen im Grossen und Ganzen zurechte bestehen

lassen, wenngleich, wie wir sehen werden, in den letzten Jahren doch mehr nach anderen Principien behandelt haben.

Beim Kauterisiren mit dem Paquelin nach vorhergegangener Ausschabung, welche Methode wir in früheren Jahren fast ausschliesslich angewandt haben, legten wir insbesondere Werth darauf, die tieferen Herde aufzufinden und durch längere Einwirkung des *Ferrum candens* auszusenken; allerdings entstehen dann für die Nachbehandlung gewöhnlich sehr tiefe Wunden, die jedoch sehr günstig ausheilen; tiefere Taschen nun, die vom tuberculösen Process ausserdem seitlich unterminirt waren, wurden ausserdem noch mit dem Scalpell breit gespalten und freigelegt und dann noch tief auscauterisirt. Wir gingen immer von der Ansicht aus, in erster Linie sei Sorge zu tragen, alles krankhafte Gewebe möglichst zu zerstören. Man kann im Allgemeinen sagen, je gründlicher und exacter das tuberculöse Gewebe beseitigt, umso reiner, glatter und schöner werden die Narben. Und eine Beobachtung möchte ich hier noch im Zusammenhang anführen; auch der glühende Paquelin findet an gesundem Gewebe einen weit grösseren Widerstand wie an tuberculös verändertem und man erhält bald einige Uebung, um schon aus dem Grade der Widerstandsfähigkeit des Gewebes an einer vorher ausgeschabten Lupusfläche zu schliessen, ob verdächtige Stellen vorliegen oder nicht, abgesehen davon, dass sich dieselben durch eigenthümliche schmutziggräuliche Verfärbung kenntlich machen.

Der Vollständigkeit halber wollen wir hier noch einige schärfere Aetzmittel anführen, die theils rein, theils gemischt oder in Combination, theils offen, theils als geheime Wundermittel von mancher Seite empfohlen werden. Wir werden solche Mittel, wie *Unguentum tartar.*, *Calomel*, *Arsenpaste*, *Milchsäure* wenn wir die älteren Autoren nachlesen, schon zumeist vorfinden; auch unterliegt es keinem Zweifel, dass es gelingt mit Hilfe derselben und bei sachgemässer Anwendung gewisse Erfolge beim Lupus zu erzielen; nichtsdestoweniger sind diese Mittel im Vergleich mit anderen Methoden wegen der überaus grossen Schmerzhaftigkeit der Application und dann wegen des doch sehr problematischen Erfolges geradezu als veraltet zu betrachten.

Zur Entfernung der bei fast allen Lupuskranken und insbesondere bei vorgeschrittenen Fällen sich leider zu oft einstellenden Recidive bedienen wir uns mit Vorliebe der Galvanokaustik; wenn der Platindraht schön weiss glühend ist, haben die Patienten auch nicht sonderlich über Schmerzen zu klagen und der kleine operative Eingriff dauert nur Sekunden. Bei Lupus im ersten Anfang, wenn derselbe, wie nicht so selten, an der Nasenspitze localisirt ist, bedient man sich gleichfalls zweckmässig derselben Methode, weil Excision und Transplantation oder Excision und primäre Naht aus kosmetischen Rücksichten oft nicht zu verwerthen sind.¹⁾ Dass aber dann die Galvanokaustik doch in der Lage ist, allen Anforderungen an eine ideale Heilung zu genügen, dafür einige Beispiele mit über Jahre hinaus anhaltender Heilung. Die Frühdiagnosen sind leider selten und schon aus diesem Grunde führe ich die Krankengeschichten mit an.

1. V., 12 J., m. aus Dortmund, leidet an einem seit Monaten persisten gebliebenen Knötchen an der Nasenspitze. Schleimhaut der Nase — Pat. wurde auch daraufhin von einem Spezialisten (Dr. Hansberg) untersucht, der denselben meiner Behandlung überwies; die Mutter leidet an Phthisis pulmonum. Diagnose: Lupus der Nasenspitze im allerersten Anfang. Therapie: in Bromäthylnarkose gründlich Cauterisation des Knotens. Glatte Heilung in etwa 14 Tagen unter Borpuderbehandlung. Heute nach 4 vollen Jahren ist ein Recidiv weder in loco noch an irgend einer anderen Körperstelle eingetreten. Wäre der gründliche Eingriff nicht geschehen und hätte man die beste Zeit zum operativen Handeln mit der Anwendung unzulänglicher Heilmittel — hierzu rechnen wir auch die Anwendung der nicht gründlich und nicht tief genug wirkenden Aetzstifte — vergeudet, so würde von diesem primären Knötchen gar bald die nächste Nachbarschaft inficirt worden sein; leider ist das der gewöhnliche, traurige Verlauf. Ganz ähnliche Verhältnisse bot der folgende Fall.

2. W., 34 Jahre alt, Ehefrau. Patientin fiel schon seit längerer Zeit eine nicht weichen wollende Röthung der Nasenspitze auf und consultirte, da sie glaubte, dass eine Erkrankung der Nasenschleimhaut vorliege, gleichfalls einen Nasenspezialisten, der Patientin an mich verwies, da im Innern der Nase nichts Abnormes nachzuweisen war. Bei genauer Inspection fand ich bei der gleichfalls tuberculös belasteten Patientin eine entzündliche Röthung der Nasenspitze, die auf Druck erblasste und im

¹⁾ Wir haben jedoch später eine ganze Reihe von Patienten mit Lupus der Nase mit Excision und Transplantation behandelt; siehe darüber unten die Krankengeschichten.

Centrum dieser Röthung eine knötchenförmige Efflorescenz. Diagnose: Lupus im Beginn. Therapie: Galvanocaustische Zerstörung des Knötchens im Centrum; in Folge dessen bald Verschwinden des Knötchens so wie der therapeutisch nicht beeinflussten reactiven Röthung. 1 Jahr nachher stellte sich Patientin wieder vor und litt an zwei kleinen flachen Ulcerationen rechts und links von der Nasenspitze. Es war das eine Bestätigung meiner ersten auf Lupus lautenden Diagnose. Abermalige Cauterisation, Heilung; Patientin ist bis heute von einem Recidiv frei geblieben nach vollen drei Jahren; noch vor wenigen Wochen habe ich Patientin gesehen.

3. A., 39 Jahre, w. Patientin consultirte mich zuerst vor fast 8 Jahren wegen Frost an den Händen und eines hartnäckigen Ausschlages an den Ohren. Dabei fiel mir bei Patientin an der Nasenspitze eine Knötchenefflorescenz auf, deren Beachtung ich für viel wichtiger hielt. Da das Knötchen schon monatelang bestand, so schlug ich Patientin die galvanocaustische Zerstörung vor, worauf dieselbe einging. Meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Lupus an der Nasenspitze im ersten Beginn. Der Vater ist frühzeitig gestorben, woran ist unbekannt. Patientin selbst ist bis dahin immer ganz gesund gewesen. Auch bei dieser Patientin traten im Laufe der nächsten Jahre wiederholt ulceröse Recidive ein; ferner zeigte Patientin gelegentlich einer Tuberculincur deutliche örtliche und allgemeine Reaction. Im Verlaufe der Erkrankung wurde die Diagnose sowohl wie die Behandlung nicht unwesentlich erschwert, durch wiederholte acute Eruption von Lupus erythematosus Efflorescenzen, die zeitweise fast das ganze Gesicht befielen. Seit etwa zwei Jahren ist der Lupus vollständig geheilt, der Lupus erythematosus bis auf kleine Stellen an den Händen und Ohren. Auch diese Patientin ist in meiner beständigen Beobachtung.

Einen Augenblick sei es noch gestattet, bei den Methoden zu verweilen, die durch eine allgemeine Behandlung den Lupus, sei es innerlich, sei es hypodermatisch zu heilen suchen. Weder Tuberculin noch das von Liebreich so warm empfohlene Cantharidin haben sich bewährt. Liebreich will zwar von Cantharidin deutlich günstige Beeinflussung des Lupus gesehen haben, jedoch hat Köbner dies mit grosser Entschiedenheit in Abrede gestellt. Auch Saalfeld bleibt bei seiner Ansicht beharren, dass er in den Lupusfällen, die er mit Cantharidin behandelt hat, Besserung gesehen habe; bei Cantharidin scheint selbst die primäre Beeinflussung des Erkrankungsherde oder die Reaction, die bei Tuberculin in den meisten Fällen so schön eintritt, kaum beobachtet zu werden; auch ist Cantharidin wegen seiner ungünstigen Einwirkung auf die Nieren keines-

wegs ungefährlich, wie wiederholt in der Literatur mitgetheilt wurde.

Die Behandlung des Lupus kann nur dann eine erfolgreiche sein, wenn sie eine gründliche chirurgische ist und, dass hier der schönste Erfolg in der Frühdiagnose und in der Frühbehandlung des Lupus liegt, wurde schon angedeutet.

Wir müssen beim Lupus nach denselben Grundsätzen verfahren, wie beim Epitheliom und beim Carcinom der Haut und nicht den schönsten und günstigsten Zeitpunkt für die Operation, vielleicht noch eine einfache Excision verstreichen lassen mit der Anwendung von Pflastern, Aetzmitteln etc.

Haben wir es aber nun, wie ja leider in der Praxis zu meist mit recht ausgedehnten Lupusfällen zu thun, wie haben wir dann zu verfahren, welches sollen dann die allgemeinen leitenden Principien chirurgischer Behandlung sein.

Es sind zwei Bedingungen zu erfüllen:

I. Entfernung allen lupös oder tuberculös erkrankten Gewebes der Haut und Subcutis und eventuell auch des darunter befindlichen Knorpels oder Knochens.

II. Erzielung einer möglichst schnellen und guten Vernarbung und möglichst geringer Entstellung.

Wir wollen zum Schlusse unserer Abhandlung unter diesen Gesichtspunkten beleuchten:

Die Methode der Thiersch'schen Transplantation nach vorhergegangener Excision.¹⁾

Steffen Hugo, Dreher, Witten, 27 Jahre, wird am 6. März 1893 in's städtische Krankenhaus aufgenommen mit Lupus exulcerans, am Rande serpiginosus der ganzen rechten Wange. Durch Narbenverzug ist ein ziemlich hochgradiges Extropium des rechten unteren Augenlides eingetreten. Der Lupus besteht seit frühester Kindheit und hat sich die Krankheit im Anschluss an einen in Suppuration übergegangenen Drüsen-

¹⁾ Ich halte es für meine Pflicht hier ausdrücklich zu bemerken, dass ich mich bei allen meinen Lupusoperationen im hiesigen städtischen Krankenhause der lebenswüdigsten Unterstützung des chirurgischen Oberarztes Dr. Gerstein erfreut habe und dass die meisten der im verflossenen wie im folgenden Kapitel wiedergegebenen Ideen der Ausfluss sind des mit demselben während einer Reihe von acht Jahren fast ununterbrochenen gepflogenen wissenschaftlichen Gedankenaustausches.

knoten entwickelt. Patient ist nicht gerade besonders kräftig gebaut, jedoch von gesundem Aussehen; an den Lungen wie überhaupt an den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen.

Am 6./III. 1893 wurde in tiefer Narkose die ganze Wangenhaut, soweit sie ulcerös oder narbig mit eingesprenkelten Lupusknötchen verändert war, excidirt, dann wurde gleichzeitig Sorge getragen, alle spannenden, nach dem rechten unteren Augenlide hinziehenden Stränge zu durchschneiden, wodurch das Lid wieder in seine normale Lage quasi zurückschnellte. Nachdem durch Compression die Blutung einigermaßen gestillt und das Operationsfeld sichtbar gemacht war, wurden alle tieferen verdächtigen Stellen energisch mit dem Flach- und Spitzbrenner des Paquelins behandelt; darauf ein Jodoformgaze-Compressionsverband angelegt.

Am 4. Tage post operationem Verbandwechsel, abermals Jodoformgaze-Verband; am 8. Tage Implantation von Haut aus dem Oberarm. Es blieb zwar nicht alles haften, jedoch trat nichtsdestoweniger eine tadellose Heilung und Vernarbung ein. Das Ectropium stellte sich nicht wieder ein.

Dass es uns in diesem Falle gelungen war, radical in einer einzigen Sitzung alles Lupöse zu beseitigen, davon konnten wir uns im Laufe der folgenden Jahre zur Genüge überzeugen. Wir hatten einmal nicht nöthig bis zum heutigen Tage auch den geringsten operativen Eingriff vorzunehmen und konnten im vorigen Herbst den Patienten im Arnsberger Bezirksverein als tadellose Heilung vorstellen. Die Narben waren wunderschön glatt, ohne eine Spur von ominöser Röthung, weder auf Finger- noch auf Glasdruck, weder mit blossem Auge noch bei Lupenbesichtigung liessen sich Knötchen nachweisen. Auch hatte sich, was leider öfter eintritt, das Ectropium nicht wieder gebildet. Nunmehr hat diese Heilung in das vierte Jahr Stand gehalten und da glaube ich mich doch für diesen Fall der berechtigten Hoffnung hingeben zu können, dass die Heilung auch für die Dauer Stand halten wird.

Schmidt, Ehefrau, 47 Jahre, Hamm. Patientin leidet an einem Lupus, der genau das untere Nasendrittel befallen, etwa in der Ausdehnung eines Markstückes, mit typischen Lupusknötchen, beginnender Ulceration und leichten Narbeneinziehungen, der Process greift auf das Naseninnere beider Nasengänge über. Die Anamnese ergibt, dass der Vater an Phthisis pulmonum gestorben ist. Der Lupus besteht, soweit den Angaben der Patientin zu glauben ist, bei der schon ziemlich weiten Verbreitung verhältnissmässig kurze Zeit. Im Naseninnern seit sechs Monaten, aussen seit zwei Monaten. 17./VI. 1893 Aufnahme in's hiesige städtische Krankenhaus; in Narkose tiefe Excision allen lupösen Gewebes

bis auf den Nasenknorpel, verdächtige Stellen des letzteren werden gleichfalls entfernt; ebenso wird Sorge getragen, den Lupus des Naseninnern (befallen sind da nur die Nasenflügel) zu entfernen. Die Blutung wird durch Compression sowie durch Torsion grösserer Gefässe gestillt und dann sofort aus dem Oberarm nach Thiersch'scher Methode Haut transplantiert und Sorge getragen, dass auch die gesetzten Defecte im Innern gedeckt werden. Compressionsverband mit protectiv silk, Jodoformgaze etc. — 24./VI. erster Verbandwechsel: alles ist tadelles angeheilt. 28./VI. wird Patientin bereits mit der Weisung zu pudern entlassen.

Patientin habe ich im ersten Jahre öfter, zuletzt noch in diesem Jahre gesehen; dieselbe ist von einem Recidiv verschont geblieben; auch ist, wie ein Photogramm zeigt, der kosmetische Erfolg ein durchaus guter zu nennen.

Borgstedt, Fräulein, 22 Jahre, Camen. Patientin stellte sich zuerst vor am 4./I. 1893 und lautete die Diagnose: Lupus exulcerans et hypertrophicus am Kinn, kleiner serpiginöser Lupusherd am Kinn.

Die Eltern der Patientin leben und sind ganz gesund, sechs lebende gesunde Geschwister; Patientin selbst hat als Kind eine Meningitis überstanden; der Lupusherd am Halse besteht seit 6 Jahren, seit 2 Jahren der am Arm. Rechte Lungenspitze suspect.

9./I. Aufnahme: Auskratzung und nachfolgende Cauterisation mit dem Paquelin. 18./I. Transplantation auf die schön granulirende Wundfläche vom rechten Oberarm. Die Lappen heilten nur theilweise an, jedoch ist Ende Januar die ganze Wundfläche vernarbt. Die Narbe blieb roth und es zeigten sich innerhalb der Narbe umschriebene Lupusrecidive. Die Stelle am Arm konnte excidirt und primär durch die Naht vereinigt werden,

Wir entschlossen uns nun am 15. Juni 1894 zur gründlichen Excision der ganzen lupösen Narbe und transplantirten 8 Tage darauf auf die vorher durch Ausschabung von den überwuchernden Granulationen befreiten Flächen. Es trat nun nach 14 Tagen Heilung ein, die bis zum heutigen Tage Stand gehalten hat. In der Herbstversammlung 1895 des Vereines der Aerzte im Regierungsbezirk Arnberg, mehr wie zwei Jahre nach der Entlassung aus der Behandlung, konnte ich Patientin noch als völlig geheilt vorstellen. Die Heilung hat bis heute derart Stand gehalten, dass auch nicht das geringste verdächtige Knötchen zu sehen. Ich stehe daher nicht an, in diesem Falle von einer Radicalheilung zu sprechen.

Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Narbe ergab neben stark gewuchertem Granulationsgewebe, zwischen welches sich echtes Epithel ganz tief hinein erstreckte, vereinzelte typische Tuberkelknötchen, ein Beweis, wie nothwendig der radicale Eingriff gewesen war. Gleichzeitig zeigte uns das Präparat, eine wie energische active Proliferation von der an-

geklebten Epidermis auch in die Tiefe vor sich geht. Ein wie energisches Flächenwachsthum des Epithels statthat, ist ja klinisch immer zu sehen bei den Reverdin'schen Transplantationen sowohl wie bei denen nach Thiersch, wenn nicht die ganzen Flächen bedeckt sind oder die Lappen nicht in toto anwachsen.

Middendorf Theodor, 15 Jahre, Hamm. Lupus exulcerans, Hypertrophicus et disseminatus der ganzen rechten Gesichtshälfte und der Unterkinngegend bis zur linken Wange. Patient ist von auffallend blühendem Aussehen, die Eltern desselben sind gesund, er hat fünf lebende gesunde Geschwister, abgesehen von seinem Lupus, der schon seit langen Jahren von frühester Kindheit besteht und allmählig bis zu der jetzigen Ausdehnung sich entwickelt hat, soll Patient immer ganz gesund gewesen sein.

Am 10./VI. 1892 in Narkose Abschälung der Haut der ganzen lupösen Partie, also der ganzen rechten Wange und der ganzen Unterkinngegend bis zur linken Wange in einer Sitzung, also bedeutend mehr wie der einen Gesichtshälfte entspricht. Sehr starke Blutung, wie das nichts anders bei dem Gefässreichthum der Gesichtshaut und dem zum grossen Theil narbig verändertem Gewebe mit den starrwandigen Gefässen zu erwarten war; durch Torsion und Compression Stillung der Blutung, es brauchen nur wenige grössere Gefässe unterbunden zu werden. Den 12./VI. Transplantation nach Thiersch, die Lappen werden vom Oberschenkel entnommen; bis zum 30. Juni ist etwa die Hälfte der Fläche bewachsen, sehr starke Granulation, die vielfach die anhaftenden Lappchen überwuchert, deshalb in Narkose Ausschabung der Granulation, abermalige Transplantation, Verband wie gewöhnlich mit Puder, Protectiv silk etc. Den 16./VIII. wurde Patient geheilt mit leichtem Ectropium des rechten unteren Augenlides entlassen; im Laufe der nächsten zwei Jahre habe ich ihn wiederholt gesehen und konnte jedesmal constatiren, dass von Recidiven keine Spur zu sehen war. Das Ectropium leichten Grades bestand noch; Patient konnte sich zu der von mir vorgeschlagenen operativen Beseitigung nicht entschliessen. Da ich nun Patienten seit dem Jahre 1894 nicht mehr gesehen, so richtete ich an den Arzt, der mir den Patienten zur Operation überwiesen hatte, eine Anfrage über das augenblickliche Befinden des Patienten. Darauf antwortete mir Dr. Falk in Hamm: „Dem p. Middendorf geht es im Allgemeinen gut. Recidiv ist nicht eingetreten, das Ectropium ist noch vorhanden. Aber das Aussehen ist trotzdem so Vertrauen erweckend, dass kürzlich seine Aufnahme in eine Krankencasse, bei der vorherige Untersuchung erforderlich ist, nicht beanstandet wurde.“

Eine Abbildung des status ante operationem findet sich in meiner Abhandlung „über die tuberculösen Affectionen der Haut“ auf Seite 3.

Gassmann, C., 28 Jahre, Buchdrucker, Dortmund. Patient ist tuberculös belastet, der Beginn seiner Erkrankung datirt auf die ersten

Kinderjahre zurück. Es findet sich bei demselben ein *Lupus serpiginosus malae sinistrae*, der nach vorne bis zum Mundwinkel und linken Nasenflügel reicht, nach oben bis zur Schläfengegend und scharf bis an die Grenze des unteren Augenlides, nach rückwärts ist die Ohrmuschel mit erkrankt, nach unten hin endlich noch ein grosser Theil der entsprechenden Halsgegend. In der Mitte zeigt der *Lupus* spontane Tendenz zur Heilung, es war also jene Form, die man als *Lupus exfoliatus* zu bezeichnen pflegt, während wir in den Randpartien es mit der progressiven Form des *Lupus serpiginosus* zu thun hatten. Dies der Befund vom 10. März 1893. Patient wurde am 8. April in's städtische Krankenhaus aufgenommen und ich excidirte bei demselben in vier Sitzungen in der Breite von etwa 3 Cm. die Randpartien und liess in gewohnter Weise wenige Tage nach jeder Excision die Transplantation nach Thiersch folgen. Am 16. Juni wurde Patient entlassen. In der Mitte war also absichtlich nichts geschehen. Im Laufe der folgenden Jahre und bis zum heutigen Tage konnte ich nun constatiren, dass auf der einen Seite an den Randpartien da, wo wir excidirt und transplantiert hatten, sich auch nicht eine Spur eines Recidivs entwickelte, ebenso wenig über diese Exisionslinie hinaus nach dem Gesunden; auf der anderen Seite aber ging unsere Hoffnung, im Centrum werde eine vollständige spontane Zurückbildung erfolgen, der *Lupus* werde dort verkümmern, nicht in Erfüllung. Wir haben uns daher zweimal entschliessen müssen, zahllose kleine *Lupusknötchen* mit dem Spitzbrenner des Paquelin zu zerstören.

Das Resultat ist nun heute in diesem Falle folgendes: Der *Lupus* ist nicht weiter vorgeschritten in den Randpartien, in den transplantierten Stellen ist nirgends eine Spur von Knötchen zu sehen, die kleine, etwa ein Fünftel der ursprünglich befallenen Wange betragende Stelle im Centrum der Wange zeigt noch suspecte Röthungen und Knötchen, aber es ist keine Tendenz zur Exulceration vorhanden. Trotz diesem zufriedenstellenden Resultate habe ich Patienten doch noch vorgeschlagen, demnächst auch die centrale Partie excidiren und transplantiren zu lassen. Wir haben in diesem Falle die Excisionen in vier Sitzungen vornehmen zu müssen geglaubt, weil jedesmal die Blutung eine ganz kolossale war und weil Patient nach jedem operativen Eingriff ganz bedenklich collapsirte, so dass wir ihm einen grösseren Blutverlust nicht zumuthen durften. Auch dieser Patient wurde in der Herbstsitzung des ärztlichen Vereines im Regierungsbezirk Arnsberg, Frühjahr 1896, demonstrirt. Für uns unterliegt es keinem Zweifel, dass auch in diesem Falle die Heilung eine ideale gewesen wäre, hätten wir gleich von vorneherein auch in einer fünften Sitzung das Centrum excidirt. Dieses soll, wie betont wurde, demnächst noch nachgeholt werden.

Fischer Heinrich, 16 Jahre, Dortmund. *Lupus exulcerans et hypertrophicus* der rechten Wange, Tuberculose des rechten Nasenbeins. Vater an Phthisis gestorben. Patient ist Epileptiker. Abgesehen von seiner Hauterkrankung ist Patient von gesundem kräftigem Aussehen. 24. September 1891 Aufnahme in's Kranken-

haus. Zuerst wurde Patient ausgekratzt und cauterisirt, es traten aber Recidive ein; vor allem aber macht die zum Nasenbein gehende Fistel eine ganze Reihe von Cauterisationen, Entfernung von Knochensequestern erforderlich. Dagegen gelang es in viel kürzerer Zeit durch gründliche Excision und nachfolgende Transplantation den Lupus zur vollständigen Verheilung zu bringen. Verfahren bei der Transplantation wie gewöhnlich und tadelloses Anheilen der vom Oberarm entnommenen Hautlappen. Die Heilung hat, wie ich mich noch vor ganz kurzer Zeit überzeugen konnte, bis heute Stand gehalten. Ich nahm fünf volle Jahre post operationem folgenden Befund auf: Patient ist von auffallend kräftigem gesunden Aussehen. Wo früher der in seinem Verlauf rapide fortschreitende Lupus localisirt war, finden wir eine wunderschöne glatte, ganz unverdächtige, d. h. nicht die geringsten Spuren von Knötchen zeigende Narbe. Keine Spur von Ectropium, obschon früher der Lupus und jetzt die Narbe verhältnissmässig dicht an das rechte untere Lid heranreicht. Am Kinnrande rechts findet sich ein unter der glatten dünnen Narbenhaut verschieblicher Drüsenknoten, sonst keine Drüsen am Halse oder vor dem Ohre. Die Entfernung soll in Kurzem vorgenommen werden und dürfte die Ausschälung nach meinem Dafürhalten kaum mehr Schwierigkeiten machen wie die eines einfachen Ateroms. Die Heilung dieses Lupus, die über fünf Jahre Stand gehalten hat, glaube ich als eine radicale bezeichnen zu dürfen; d. h. die Gefahr des Auftretens neuer Knötchen ist kaum vorhanden. Und das kosmetische Resultat ist in diesem Falle ein vorzügliches, die Narben sind allerdings sichtbar, aber sonst ist eine Entstellung nicht vorhanden.

Becker Lina, 24 Jahre alt, Ehefrau aus Hachency, überwiesen von Dr. Broelemann in Hörde mit Lupus exulcerans der linken Gesichtshälfte und des rechten Armes. Aufnahme Febr. 1893 zur Operation nach Thiersch. Die Erkrankung begann am Arm vor 13 Jahren und im Gesicht vor 10 Jahren. Am Arm findet sich ein über Handflächen grosser Lupusfleck, die grössere Hälfte der linken Wange bis zum Mundwinkel ist befallen von einem zum Theil ulcerirten, zum Theil hypertrophischen Lupus.

Es wird in Narkose unter ziemlich vehementer Blutung alles Lupöse rein excidirt und dann am Arm, wo die Blutung durch Compression zu stillen ist, sofort, im Gesicht, da wir sehr tiefgehen mussten, erst nach acht Tagen transplantiert. Am Arm haftet der eine aufgelegte Lappen vollständig, im Gesicht lösen sich jedoch hie und da kleinere Fetzen ab, jedoch ist bereits nach 14 Tagen hier alles verheilt.

Patientin sah ich zum ersten Male wieder am 25. October 1896, also nach fast $3\frac{1}{2}$ Jahren und constatirte Folgendes: Dieselbe ist, wie auch vor der Operation, von gutem blühenden Aussehen, hat mehrere gesunde Kinder, die sie selbst stillte und was den Lupus anbelangt, so wurde notirt: am Arm schöne weisse Narbe, nichts von Recidiven bemerkbar. Es findet sich aber ein typisches Lupusknötchen an der Oberlippe und ein gleiches an der rechten Wange; dagegen sind die trans-

plantirten Stellen an der linken Wange vollständig tadellos, das Recidiv in Gestalt zweier Knötchen hat sich weit davon entfernt entwickelt und nicht im Zusammenhang mit dem primären Herd der Wange. Ich schlug nun Patientin gründliche Excision der beiden neuen Knötchen vor und, da dieselbe sich hierzu nicht entschliessen konnte, cauterisirte ich dieselben tief und gründlich mit dem Paquelin. Der weitere Verlauf und das eventuelle Neuauftreten von Knötchen bleibt in diesem Falle abzuwarten, nichtsdestoweniger können wir mit dem Erfolge der Methode mehr wie zufrieden sein.

Die nunmehr folgenden Krankengeschichten, bei denen gleichfalls excidirt und nach Thiersch transplantiert wurde, wurden zwar in späteren Jahren operirt und ist somit die Dauer des Erfolges noch nicht über so lange Jahre hinaus verfolgt worden, nichtsdestoweniger werden sie mit zur Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der Thiersch'schen Methode verwerthet werden können.

Gregor Marie, 21 Jahre, Näherin aus Marten. Leidet an einem etwa handflächengrossen Lupusfleck der linken Wange. Patientin ist tuberculös belastet, leidet an Kyphose, sowie an Spitzenaffection der Lungen beiderseitig. Die Erkrankung der Wangenhaut besteht schon seit langen Jahren und ist ganz allmählig am Rande weiter fortgeschritten. Fleck fast kreisrund, im Centrum an mehreren Stellen ulcerirt. Am 22./III. 1895 Excision, die sehr tief gemacht werden musste, da sich intra operationem ergab, dass der tuberculöse Process verhältnissmässig weit in die Tiefe, jedoch nicht bis zum Oberkieferknochen vorgegangen war. Jodoformgaze-Compressionsverband, der nach vier Tagen in Narcose entfernt wird, es wird dann die nicht mehr starke Blutung durch Auflegen von 0.6% Kochsalzcompressen gestillt und die ganze Wundfläche mit zwei Thiersch'schen Lappen vom Oberschenkel bedeckt. In den nächsten Tagen heilen die Lappen tadellos an und glaubten wir bereits in Kurzem Patientin entlassen zu können, als von einer kleinen eiternden Stelle aus ein Erysipelas faciei sich einstellte, das mit sehr hohem Fieber verlief, Patientin sehr elend machte und einen grossen Theil der implantirten Stellen wieder löste; eine erneute Transplantation war jedoch nicht erforderlich, indem von den haftenden Läppchen aus die Wundfläche sich schön überhäutete. Im Monat September 1896 hatte ich Gelegenheit, Patientin zu untersuchen und konnte constatiren: die Narbe ist, wenn auch etwa uneben, so doch vollständig blass und enthält keine Spur von verdächtigen Stellen in Gestalt von Hyperämien oder tuberculösen Knötchenherden. Die bei der Entlassung noch sehr stark eingesunkene Wange — wir hatten sehr tief excidiren und auch noch krankhaft veränderte Partien von der Musculatur entfernen müssen — ist viel flacher geworden, die Entstellung eine sehr geringe. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist relativ gut; dieselbe hat auffallend

lange Zeit gebraucht, um sich von dem überstandenen Erysipelas zu erholen.

Die Krankengeschichte eines 20jährigen Bergmannes, Wilhelm Scheich, will ich nur ganz kurz anführen, da der Fall ganz analog war dem Fall Borgstedt. In diesem Falle haben wir 22./III. 1895 sofort die ganze zwei handflächengrosse lupöse Stelle unter dem Kinn excidirt und in gewohnter Weise nach 4 Tagen transplantiert; auch diesen Kranken habe ich im August dieses Jahres noch untersucht und mich davon überzeugen können, dass die Heilung bis dahin Stand gehalten hat.

Kranefeld Hulda, 17 Jahre, Lütgendortmund. Patientin, die väterlicher und mütterlicher Seite tuberculös belastet ist, wurde am 13./VII. 1894 in's städtische Krankenhaus mit Lupus exulcerans der linken Gesichtshälfte, weit über die Hälfte die Wange bedeckend und bis zur Oberlippe und zum Mundwinkel hinziehend, aufgenommen. Zuerst Behandlung nach Volkmann und Nachbehandlung mit Pyrogallus und Sublimat. Es traten Recidive ein und so entschlossen wir uns 6./V. 1896 nach abermaliger Aufnahme der Patientin in's Krankenhaus zur radicalen Exstirpation des Lupusrecidivs sammt den Narben. In gewohnter Weise Transplantation; am 23./V. wurde Patientin entlassen mit einem auch kosmetisch zufriedenstellenden Resultat. Patientin steht natürlich noch in unserer Beobachtung; bis heute hat sich aber auch nicht die geringste Spur eines Lupusrecidivs gezeigt.

Kleinschnittger Maria, 16 Jahre, Dienstmädchen, Dortmund. Lupus serpiginosus antibrachii dextri, kaum handflächengross. Aufnahme in's städtische Krankenhaus am 4./III. 1895. Patientin ist von blühendem gesundem Aussehen. Der Fleck am Arm hat sich im Laufe der Jahre und zwar ganz allmählig entwickelt. In Narkose radicale Exstirpation alles Lupösen und da es nach kurzer Zeit gelingt, die Blutung zu stillen, so wird sogleich in derselben Sitzung vom Oberarm transplantiert. Schon nach wenigen Tagen konnte Patientin als geheilt entlassen werden. Am 28./IX. 1896 wurde constatirt, dass die Heilung unter Bildung schöner glatter Narben erfolgt und ein Recidiv nicht eingetreten war.

Bach Maria, 40 Jahre, ledig, Oberhausen. Lupus faciei exulcerans et hypertrophicus über das ganze Gesicht verbreitet mit entsetzlich entstellender Verstümmelung der Nase, narbiger Schwellung und Verziehung der Ober- und Unterlippe, Lupus des Zahnfleisches der oberen und unteren Zahnreihe. Patientin steht seit fast vier Jahren in meiner Behandlung und wurde von mir wiederholt ausgeschabt und gründlich cauterisirt; aber es gelang auf diese Weise kaum den ungeheuer progressiven Fall in Schranken zu halten und so entschlossen wir uns auch, bei diesem Fall bei der letzten Aufnahme 28./I. 1896 zur radicalen Operation, wohl wissend, dass ja eine Abschälung zunächst fast der ganzen Gesichtshaut nöthig war und weiter, dass bei dem so inveterirten Fall ein Tiefergreifen des Processes an manchen Stellen erwartet werden musste. Operirt wurde in einer Reihe von Sitzungen: rechte Wange, Unterkinn-gegend, Unterlippe, Nase und linke Wange, beide obere Augenlider,

manchmal wurde eine Transplantation mit einer neuen Excision verbunden. Da Patientin durch die wiederholten Narkosen und operativen Eingriffe mit heftigen Blutverlusten sehr geschwächt war, so wurde sie Anfang April entlassen und sollte sich dann in diesem Winter die noch restingende Lupuspartie an der Oberlippe excidiren lassen. Dies soll demnächst ausgeführt werden. Wir haben den Fall ausführlich mitgetheilt, obschon aus verschiedenen Gründen von einer Heilung noch nicht gesprochen werden kann, weil derselbe von den bisher mitgetheilten der am weitesten ausgedehnte Krankheitsfall war und weil er aus diesem Grunde technisch die grössten Schwierigkeiten darbot.

Ganz cursorisch und mehr der Vollständigkeit halber mögen auch die Fälle hier Erwähnung finden, die bis in die letzte Zeit von uns nach der Thiersch'schen Methode behandelt wurden, die aber aus den schon angeführten Gründen für die Kritik der Methode nicht den gleichen Werth haben.

1. Frau Niemann, 54 Jahre, Dortmund, leidet an ausgedehntem Lupus serpiginosus et exulcerans in Schmetterlingsform; die ganze Nase ist befallen und intumescirt, die Wangen sind befallen bis zum unteren Augenlide als obere, bis zum Mundwinkel als untere Grenze und bis zur Parotisgegend als Grenze nach rückwärts. Patientin ist im Laufe der Jahre wiederholt in Kliniken zumeist nach Volkmann'scher Methode behandelt worden. Im Frühjahr excidirten wir die ganze Fläche in einer Sitzung und schlossen nach 4 Tagen die Transplantation an; schon nach 14 Tagen konnten wir die Patientin mit allerdings noch frischen, jedoch bereits festen Narben vorstellen; bis heute ist ein Recidiv noch nicht eingetreten.

2. Ganz ähnlich lag die Sache bei einem Fall, der ein Fräulein König, 44 Jahre, aus Arnsberg betraf, aber in der Fläche sowohl wie nach der Tiefe hin weiter vorgeschritten war; diese Patientin war zur selben Zeit auf der Station, wir mussten dieselbe jedoch länger in dem Krankenhause zurückbehalten, da Nachoperationen sowohl an den Augenlidern wie am Munde nöthig wurden. Ein halbes Jahr post operationem habe ich Patientin wieder gesehen und dieselbe war zu meiner grössten Freude noch frei vom Recidiv.

3. Ein Kind, Sagolla, 12 Jahre, aus Dortmund, behandle ich jetzt seit etwa 1 Jahr an Lupus exulcerans et hypertrophicus der linken Wange und der Unterkinngegend rechts. Leider war hier, wie so oft, die günstigste Zeit zum operativen Handeln durch homöopathische und hydropathische Behandlung verloren; dem Homöopathen schlug schliesslich doch sein alloopathisches Gewissen, als er keine Besserung sah und er rieth schliesslich zur operativen Behandlung. Wir führten auch hier in einer Sitzung die Excision aus trotz sehr starken Blutungen. Die Transplantation gelang in diesem Falle nicht so gut und in Folge dessen nicht zum geringsten Theile hat sich ein Ectropium des linken unteren Augenlides herausgebildet. Wir haben in diesem Falle uns vorgenommen,

zunächst zu beobachten, ob derselbe recidivfrei bleibt und dann später die Ectropiumoperation auszuführen; bis heute haben wir noch nichts von Lupusknöchen beobachten können.

Wir haben absichtlich zuerst die Krankengeschichten Revue passiren lassen und hielten es für zweckmässig, erst nachdem die objective Darstellung gegeben war, unser subjectives Urtheil über den Werth der Transplantationsmethode zu geben. Ueberblicken wir aber die immerhin nicht geringe Zahl von nach Thiersch behandelten Lupusfällen und bedenken wir, dass bei einer Reihe der mitgetheilten Fälle der Verlauf über eine Reihe von Jahren post operationem controlirt wurde, so dürfen wir hoffentlich frei bleiben von dem Vorwurf, zu frühzeitig oder zu übereilt unsere Meinung uns gebildet zu haben.

Da die operative Behandlung insbesondere des Gesichtslupus entschieden ein Grenzgebiet darstellt zwischen Chirurgie und Dermatologie, indem die Entfernung mit dem Messer eine verhältnissmässig grosse technische Fertigkeit verlangt, so ist die Behandlung des Lupus vielfach übergegangen auf den reinen Chirurgen und mit einer gewissen Berechtigung, da letzterer gewohnt ist, tagtäglich mit derartigen Schwierigkeiten zu rechnen und umzugehen und da dem Dermatologen vielfach diese chirurgische Uebung abgeht. Nichtsdestoweniger kann es keinem Zweifel unterliegen, dass der Lupus in der Hand des Dermatologen, vorausgesetzt, dass derselbe sich jene technische chirurgische Gewandtheit angeeignet hat oder aber, dass der Dermatologe in Gemeinschaft mit einem Chirurgen derart arbeitet, dass der letztere die Operation ausführt und der erstere dabei zugegen ist einmal zwecks Abmessung dessen, was zu entfernen und was zu erhalten ist, dann aber vor allem zur Leitung der Nachbehandlung, besser aufgehoben ist besonders in Hinsicht auf Erzielung eines guten kosmetischen Resultates.

Wenden wir uns nun zur ausführlichen Besprechung der operativen Technik, so unterscheiden wir zweckmässig drei Stadien, das der Vorbereitung, die eigentliche Excision und drittens die Transplantation mit Nachbehandlung.

Die Vorbereitung für die Operation bezweckt nichts wie die gründliche Desinfection des zu excidirenden Terrains, das

man zweckmässig erzielt durch Application desinficirender Sublimatumschläge etwa 24 bis 48 Stunden lang oder man reinigt und desinficirt die Stelle mit Aether, Alkohol, Sublimat in bekannter Weise. Diese Desinfection kann natürlich nur eine relative sein, denn es wird doch wohl kaum gelingen in tieferen Schichten des tuberculösen Gewebes einzudringen und es unterliegt jawohl keinem Zweifel, dass auch beim Lupus die Eitercoccen dem Tuberkelbacillus liebenswürdige Gesellschaft leisten. Sind aber die Eitererreger dabei mit thätig, so setzt das in noch kürzerer Zeit tiefer greifendere Zerstörungen; ist es aber einmal zu Exulceration gekommen, so ist die Mischinfection zwischen Tuberkelbacillus und Eitercoccus auch bald da. Wenn es auf der anderen Seite richtig, und viele Behandlungsmethoden gehen von dieser Grundidee aus, dass das Eitergift im Stande sei das tuberculöse zu vernichten, so geht für uns daraus hervor, dass das deletäre Zusammenwirken von Tuberkelbacillus und Eitermikroorganismen in der Natur schon eine gewisse Begrenzung gefunden hat. Um nun nicht zu weit abzuschweifen, so kann die vorbereitende Desinfection nur eine relative sein, dennoch entspricht es den modernen Grundsätzen der Chirurgie, auch diese relative überhaupt mögliche Desinfection anzustreben.

Bei der Ausführung der Excision des lupösen Gewebes hat man von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, es zu erstreben, dass möglichst die Hälfte des Fettgewebes resp. des subcutanen Bindegewebes stehen bleibt; es muss aber dabei oberster Grundsatz bleiben, alles irgendwie Verdächtige zu entfernen, möglichst den Tuberkelbacillus in seine Mäuselöcher zu verfolgen, tiefere Gänge zu spalten und vollständig frei zu legen, tuberculöse Drüsen gleichzeitig mit zu entfernen. Die Aufgabe der Excision, also der ersten operativen Sitzung ist nur dann vollständig und *lege artis* gelöst, wenn wir sagen können, wir haben oder wir glauben alles Tuberculöse entfernt zu haben; man darf sich dabei nicht beirren lassen, dass das kosmetische Resultat nun eventuell nicht so gut ist.

In der Mehrzahl der Fälle haben wir es, wie auch unsere Krankengeschichten zeigen, mit Gesichtslupus zu thun, und da pflegen einmal wegen des ungeheuren Gefässreichthums im

Gesicht, dann aber auch, weil im Narbengewebe — und um Narbengewebe handelt es sich beim Lupus mehr weniger in allen Fällen — die Gefässlumina venöse und arterielle, ausgespannt bleiben und sich nicht retrahiren können, Blutungen viel heftiger zu sein. Wie aber hat man sich dieser Blutungen zu erwehren? In der ersten Zeit, wo wir anfangen nach Thiersch zu behandeln, haben wir grössere Gefässe unterbunden resp. umstochen; wir sind jedoch bald zu der Einsicht gekommen, dass die Unterbindungsstellen später der Transplantation Schwierigkeiten bieten und verfahren seit etwa zwei Jahren folgendermassen. Während die lupöse Haut abgeschält wird, fassen die Assistenten möglichst alle grösseren und kleineren Gefässe mit Schiebern und Klemmen; ist die lupöse Haut abpräparirt — wir haben wiederholt in einer Sitzung die Hälfte bis ein Drittel der ganzen Gesichtshaut entfernt — so kann schon die grössere Mehrzahl von Schiebern sofort entfernt werden, grössere Gefässe werden torquirt, dann legen wir einen Jodoformgaze-Compressionsverband an, der nach drei bis vier Tagen in Narkose wieder entfernt wird; es entstehen dabei nur hie und da kleinere Blutungen, die durch Auflegen von Kochsalzcompressen leicht und bald zu stillen sind. Die Wundfläche ist dann für die Transplantation sehr geeignet. Wir halten dieses Verfahren für einfach, schonend und vor Allem sehr praktisch, haben es dabei in einer ganzen Reihe von Fällen erprobt und glauben es daher zur Nachahmung empfehlen zu können. Früher hatten wir länger bis zur Vornahme der Transplantation gewartet, es war dann Granulation vorhanden und diese musste erst durch Ausschabung wieder entfernt werden. Wir berichteten ja auch über einen Fall, wo gleich in der ersten Sitzung die Transplantation vorgenommen werden konnte; das war aber ein Lupus der Extremitäten; im Gesicht aber haben wir immer mit sehr starken Blutungen und auch Nachblutungen zu rechnen, die die sofortige Vornahme der Implantation einfach illusorisch machen.

Wir können nunmehr, nachdem das Terrain präparirt ist zur Ausführung der eigentlichen Transplantation, uns auslassen über die von uns speciell bei diesem Punkte gemachten Erfahrungen. Es unterliegt gewiss keinem Zweifel, dass die Epi-

dermislappen um so leichter und besser anhaften, je grösser dieselben sind und hierin liegt ja vor Allem der Vorzug der Thiersch'schen Transplantation vor der älteren Reverdin'schen. In zweiter Linie soll man erstreben möglichst dünne Lappen zu erlangen; allerdings haften auch dickere Lappen gut an, aber je dicker dieselben sind, desto mehr stösst sich nachher von den oberflächlichsten Epidermisschichten ab; es kommt hinzu, dass je dünner die Epidermis entnommen wird, um so leichter auch die secundär gesetzten Wunden heilen.

Das leichte Einfrieren nun der zu excidirenden Haut mit Aethylchlorid ist gewiss im Stande, ähnlich wie bei Gefrierschnitten beim Microtom uns die Operation zu erleichtern; es gelingt mit dieser Aushilfe, wovon wir uns des öfteren überzeugt haben, leicht dünne, grosse und feine Hautstücke zu erhalten; dennoch haben wir später Aethylchlorid fortgelassen, indem wir glaubten, dass nicht eingefrorene Epidermislappen leichter anwachsen und zudem gelingt es auch ohne Anwendung desselben bei einiger Uebung und einigem Geschick ausreichend grosse und passende Flächen zu erhalten. Dass der Oberschenkel und Oberarm das geeignetste Gebiet sind, dem die Lappen entnommen werden, bedarf eigentlich kaum der Erwähnung.

Wenn der Lappen aufgelegt war, so wurde zunächst durch sachten Druck mit Kochsalzcompressen dafür Sorge getragen, dass die Lappen überall dicht und unmittelbar auf der Unterflache anlagen, mit anderen Worten, eventuelle Luft- oder Flüssigkeitsblasen entfernt. Darauf wurde der Lappen mit Dermatol bestreut, in letzter Zeit auch mit Nosophen und Aïrol, mit protectiv silk bedeckt und endlich mit einem Compressionsverbande abgeschlossen.

Grade in den jüngsten Monaten haben wir mehrere Fälle von Lupus der Wange etwas anders behandelt und möge diese Modification der Nachbehandlung hier kurz Erwähnung finden. Es handelt sich um folgende Fälle:

I. Fräulein Berg. Lupus der linken Wange, Recidiv, früher wiederholt nach Volkmann behandelt.

II. Frau Flasche. Lupus der linken Wange und des linken Oberarms; beide Stellen handflächengross, endlich ein thalergrosser Fleck der linken Patellargegend.

III. Frau Harrwig. Lupus der linken Wange und Unterkinngegend.

IV. Frau Wolff, 65 J. Lupus dissemin. beider Wangen, Recidiv.

V. Werner Anton, 13 Jahre. Lupus des unteren Nasendrittels, Septum perforatum.

Es handelte sich bei allen fünf um Fälle von mittel-grosser Ausdehnung, wir werden aber wahrscheinlich demnächst bei den ausgedehnten Lupusfällen ganz ebenso verfahren; es kam uns bei diesen Kranken sehr zu statten, dass die Blutung durch minutenlange Compression sowie durch Auflegen von eiskalten Compressen bald zu stillen war; so konnte in einer Sitzung excidirt und transplantirt werden. Wir haben nun sofort, nachdem die Wundflächen mit Hautlappen bedeckt waren, die Fläche mit Jodoformgaze bedeckt und darüber einen Compressionsverband angelegt; nach acht Tagen erster Verbandwechsel und in allen Fällen tadellose überraschend gute Anheilung; wir haben dann mit einfachem Talcum nachbehandelt; es ist gewiss angenehm, bei einem Lupus schon nach so kurzer Zeit einen eclatanten Erfolg verzeichnen zu können, während alle anderen Methoden sich doch immer über mehrere Monate hinziehen; natürlich muss diese noch sehr junge und zarte Haut auch in nächster Zeit noch sehr aufmerksam behandelt und beobachtet werden, Blasenabhebung oder zu starke Granulation, wenn sich später hie und da noch eine Stelle löst, inhibirt werden.

Die erste Anleimung der Lappen erfolgt sehr bald, wenn die Lappen dicht auf der Unterlage anliegen; Theile aber, die beispielsweise im Gesicht, am Munde viel in Bewegung sind, bieten für die Transplantation grössere Schwierigkeiten und damit ist zu rechnen. Früher liessen wir den ersten Verband post Transplantationem 4 Tage liegen in dem Glauben, dass dann erst ein gutes Anhaften der Lappen eingetreten sei. Wir sind aber nach unseren Erfahrungen später dazu übergegangen, den ersten Verband vorsichtig schon nach zwei Tagen zu lösen; hat sich dann vielleicht an der einen oder anderen Stelle eine Eiterblase gebildet, die die Lappen abzuheben im Begriffe ist — und das kommt zuweilen vor — so wird dem schnell durch Anstechen der Blase Einhalt gethan. In einzelnen Fällen haben wir auch gerade mit Rücksicht auf diese Eiterblasenbildung und ihre sofortige Beseitigung offen behandelt; bei einem Falle

von Lupus nasi mit recht gutem Erfolge; dennoch halten wir es für besser in allen Fällen, nachdem aufgepflanzt worden ist, eine leichte Compression auszuüben.

Stossen sich nun im weiteren Verlaufe hie und da trotzdem Theile der Implantationen ab, und tritt die bei Lupus immer so üppige Granulation zu Tage, so haben wir uns nie gescheut, diese Granulation mit starken Höllensteinlösungen zu bekämpfen, damit von den anhaftenden Theilen ausgehend auch diese Stellen überwachsen werden konnten. Ideal wäre es ja, wenn mit einem Schlage die ganze Fläche zuwüchse, aber das ist eben nicht immer der Fall.

Wir wollen noch nachtragen, dass wir bei den Transplantationen immer Sorge getragen haben, dass die aufzulegenden Lappen auch noch bis auf die gesunde Haut reichen, es ist das ein einfaches und gutes Fixationsmittel, indem die feuchte untere Epidermisseite der Lappen fest an der Unterlage der gesunden Haut anklebt; aus denselben Gründen sorgten wir, dass die Lappen sich dachziegelförmig übereinander legten.

Beim Ausbreiten der feinen Lappen Epidermis auf der neuen Grundlage bedienen wir uns in letzter Zeit der bekannten feinen Schäufelchen, wie sie bei Verarbeitung von Microtomschnitten im Gebrauch sind; wir kommen damit besser zum Ziele wie mit Sonden.

Wenn die neu geschaffene und zu transplantirende Grundfläche recht schön trocken ist, so machten wir oft die Beobachtung, dass schon bei der Operation, also nach wenigen Minuten, ein verhältnissmässig festes Ankleben stattgefunden hat.

Haben wir kleinere Stücke Lupushaut, etwa bis zu Handflächengrösse excidirt, so gelingt es leichter eine Eiterung zu verhüten, anders bei grösseren Flächenexcisionen, wenn etwa in einer Sitzung die Hälfte des Gesichts und noch mehr entfernt wurde; es ist dann schon schwieriger vollständig aseptisch zu bleiben und es entsteht dann die Frage, wie sollen wir uns gegen diese Eiterung, die das Anhaften frischer Lappen ganz gewiss illusorisch macht, verhalten?

(Erwähnen will ich kurz an dieser Stelle, dass ich auch in einem Falle von echtem Lupus erythematosus der Nase, der zwar ganz umschrieben kaum zehnpfennigstückgross auftrat, aber trotzdem Jahre lang erfolglos mit Pflastern und Kauterisationen behandelt worden war, in kurzer Zeit eine definitive Heilung erzielte; in den meisten Fällen von Lupus erythematosus wird man ja mit schonenderer Behandlung auskommen, aber für einzelne nicht zu ausgedehnte und hartnäckige Fälle glaube ich auch die Transplantationsmethode empfehlen zu können.)

Es empfiehlt sich, in derartigen Fällen den ersten Verband schon nach kürzerer Frist, vielleicht nach 24—48 Stunden, zu erneuern; ist dann doch schon Eiterung eingetreten, so gelang es möglichst viel von dem Implantirten zu retten, wenn ein Trockenverband mit Jodoform oder Airolgaze angelegt wurde, über die Gaze Verbandwatte und comprimirender Verband; auf diese Weise gelingt es die Flächen möglichst trocken zu halten; auch die folgenden Verbände wurden möglichst oft erneuert; wie schon angedeutet, tritt nach 3—5 Tagen wieder eine neue Schwierigkeit uns entgegen in Gestalt der üppigen Granulation; es hat sich zwar nun entschieden, wie viel von den Lappen haften geblieben ist, aber wir müssen doch zu verhüten suchen, dass die Granulation nicht die anhaftenden Stellen überwuchert und um diesen Zweck zu erreichen, gibt es zwei Wege, zwischen denen wir zu wählen haben, je nachdem hinreichend oder doch nicht ausreichend im Verhältniss zu den zu überhäutenden Stellen oder Flächen haften geblieben ist: entweder nochmals nach vorheriger Ausschabung des Granulationsgewebes zu transplantiren oder durch tägliche Pinse-lungen mit 2—6%igen Höllensteinlösungen oder durch Application 0·5—2%igen Höllensteinumschläge für die Möglichkeit der Ausbreitung der Lämpchen in der Fläche Sorge zu tragen. Wir haben wiederholt uns, je nach der Auswahl der Fälle zu dem einen oder anderen entschliessen müssen und dann doch zum Ende gute und besonders gute kosmetische Resultate erzielt; das nun hat sich uns besonders zur Evidenz gezeigt, dass Höllensteinlösungen frisch anhaftenden Lämpchen nicht im weiteren Wachsthum hinderlich sind und dieselben nicht

zerstören; die Zerstörung des *Argentum nitricum* richtet sich nur gegen die Granulationswucherung. Wir ziehen Aetzungen mit Lösungen schon aus dem Grunde vor, weil sie den Patienten weniger schmerzhaft sind wie der *Lapis* in Substanz, dann aber glauben wir auch, dass der Stift der jungen anhaftenden Epidermis nicht so zuträglich ist, wie die eben erwähnten Lösungen.

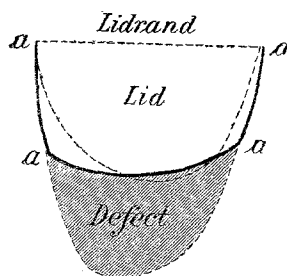
Bekanntlich neigt der *Lupus*, wenn er operirt ist, da es sich doch zumeist um oberflächlich gesetzte Wunden handelt, nicht so sehr zu accidentellen Wunderkrankungen; dennoch ist auch mit diesen Eventualitäten zu rechnen. Ein echtes Erysipel mit hohem Fieber zerstörte uns in zwei Fällen die Transplantationen und machte eine erneute Ausführung derselben erforderlich. Natürlich werden derartige Zufälle durch strengste Antisepsis möglichst zu vermeiden sein, vollständig lassen sich dieselben auch bei grösster peinlichster Aufmerksamkeit nicht verhüten.

Andere Uebelstände bei den Transplantationen verdienen noch erwähnt zu werden. Eine keloidartige Narbenhypertrophie kommt auch bei Transplantationen vor; wir wissen, dass eben manche Individuen aus uns unbekannten Ursachen dazu incliren. Zu Anfang soll man, wenn derartige besonders im Gesicht entstellende Hypertrophien sich einstellen, abwarten, da sich dieselben oft noch spontan zurückbilden. In einem Falle haben wir, und wir glauben dies zur Nachahmung empfehlen zu können, die Hyperplasien nach der Mikulicz'schen Methode für *Naevi* entfernt und dadurch auch ein zufriedenstellendes kosmetisches Resultat erzielt.

Besonders in Fällen, wo durch das Tiefergreifen des lupösen Processes wir gezwungen waren auch tiefer zu excidiren, kann es bei gleichzeitig in der Fläche ausgedehnten *Lupus*-fällen d. h. bei Fällen, bei denen über die Hälfte des Gesichts befallen ist und, wo die Krankheit sich nahe an die Augenlider oder an die Peripherie des Mundes heranzieht, noch mehr, wenn wir gezwungen sind, Theile der Lippen und der Lider selbst zu excidiren, zur Ausbildung eines Ectro-

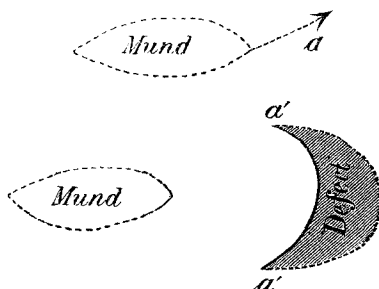
¹⁾ Mikulicz. Chirurgische Behandlung der Hautmäler. Verhandl. des IV. Congr. der Deutschen dermat. Ges. 1894 p. 176.

piums kommen und es ist vorausgesetzt, dass wir von dem Grundsatz ausgehen, alles Tuberculöse entfernen zu wollen, eine solche Störung nicht immer zu vermeiden, ebensowenig eine Verziehung der Mundöffnung nach der einen oder anderen Richtung. Was die unteren Augenlider nun anlangt, so ist es auffällig, wie nahe man bei der Excision an dasselbe herangehen darf, ohne dass ein Ectropium entsteht. Aber, wie schon hervorgehoben, haben wir in einzelnen Fällen in Nachoperationen die Beseitigung eines sich ausbildenden Ectropiums zu erstreben. Es würde zu weit führen und zu sehr in das Gebiet der reinen Chirurgie übergreifen, wollten wir uns hier näher darauf einlassen, welche von den plastischen Operationen zu wählen sei. Wir möchten nur ein Verfahren



näher skizziren, das sich an die Thiersche Transplantationsmethode eng anschliesst, ziemlich gute Dienste leistet, sich auf ziemlich viele Fälle anwenden lässt und vor Allem den Vorzug der Einfachheit hat.

Exemplificiren wir auf ein Ectropium des rechten unteren Augenlides, so haben wir einen Schnitt zur Entspannung parallel



dem Lidrande geführt und diesen, um das Lid vollständig zu lockern, bis zu den Augenwinkeln verlängert — Linie *aaaa* — Natürlich müssen alle spannenden Stränge gespalten werden; es geht nun das Lid in seine ursprüngliche Lage zurück, die Auswärtstülpung der Schleimhaut ist beseitigt; zur Vorsicht wurde das Lid in dieser Lage durch zwei temporäre Nähte an der Stirn fixirt, endlich sofort der Defect durch eine Thiersche Implantation gedeckt. — War die Mundöffnung etwa in der Richtung *a* narbig post operationem oder in Folge des Krankheitsprocesses verzogen, so haben wir in ähnlicher Weise nach der Richtung, wo die stärkste Spannung war, durch Entspannung in bekannter Weise einen Defect gesetzt, diesen dann wieder in derselben Weise nach Thiersch gedeckt.
